Aus der Universitäts-Nervenklinik Tübingen
Direktor: Professor Dr. med. Schulte

„Psychopathie" und „Neurose" in der Pubertät

(Verlaufsstudien)

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

Vorgelegt von
Gustav Adolf Kohle
aus Ehningen-Böblingen

1965

8136

Aus der Universitäts-Nervenklinik T ü b i n g e n
Direktor: Professor Dr.med.W. SCHULTE

"Psychopathie" und "Neurose" in der Pubertät
(Verlaufsstudien)

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

Vorgelegt von
Gustav Adolf KOHLE
aus Ehningen-Böblingen

1965

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN

Dekan: Professor Dr. med. H. HARMS

1. Berichterstatter: Professor Dr.med. D. LANGEN

2. Berichterstatter: Professor Dr.med. W. SCHULTE

Gliederung

I Die Aufgabe

II Die Methode

III Charakterisierung des Krankengutes:
- a) Definition der Begriffe Psychopathie und Neurose, wie sie der Auswahl dieses Krankengutes zu Grunde liegen
- b) Tabellen der Krankheitsbilder
- c) Soziologische Daten aus der Lebensgeschichte der Probanden
- d) Wichtiges aus dem körperlichen Untersuchungsbefund bei der Einweisung
- e) Berufsverteilung der Probanden
- f) Zusammenhang zwischen Pubertätsalter und -reifung und der Entwicklung der Störungen

IV Therapie

V Katamnestische Ergebnisse
- a) Beurteilung der nicht auffindbaren Patienten
- b) " " schriftlich erfassten Patienten
- c) " " persönlich untersuchten Patienten
- d) Zusammenhang zwischen Alter und Besserung
- e) Beurteilung der Patienten, welche als gemeinsames Symptom wiederholtes Fortlaufen zeigten

VI Zusammenfassung

VII Anhang

VIII Literatur

IX Lebenslauf

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547609_0082

I. Die Aufgabe

Es soll versucht werden, die wesentlichen Merkmale der Krankengeschichte und der Weiterentwicklung der beiden jugendlichen Patientengruppen herauszustellen und miteinander zu vergleichen. Gleichzeitig soll im besonderen die Pubertät in ihrer Bedeutung für das Zustandekommen der störenden Symptome bei jugendlichen Neurosen und Psychopathien untersucht werden.

II. Die Methode

Damit der Leser den Wert der unten angeführten katamnestischen Ergebnisse besser und kritischer beurteilen kann, soll kurz zuvor auf die Methodik der Erfassung der Patienten und auf die Art der Beurteilung bei der Nachuntersuchung eingegangen werden.

Zunächst wurden alle Patienten brieflich zu einer Nachuntersuchung aufgefordert. Patienten, welche zu weit entfernt von Tübingen wohnten - etwa über 150 km hinaus - erhielten einen Fragebogen zugeschickt, welcher 17 Fragen mit mehreren Unterfragen enthielt. (Formular des Fragebogens siehe am Schluss der Arbeit.) War der Patient inzwischen unbekannt verzogen, so wurde versucht, über Einwohnermeldeämter, Fürsorge- oder Jugendämter u.ä. die augenblickliche Anschrift zu ermitteln.

Wer von den zur Nachuntersuchung aufgeforderten Patienten nicht erschien oder nicht erscheinen konnte, erhielt ebenfalls den Fragebogen zugeschickt. Erfolgte keine Antwort darauf, so wurden die Entsprechenden in einem besonderen Schreiben dazu nochmals aufgefordert.

Gleichzeitig wurde in vielen Fällen ein Fragebogen an die Angehörigen, an Ärzte und Krankenhäuser, in welchen die Patienten behandelt wurden, verschickt, um alle Angaben möglichst zu objektivieren.

Insgesamt wurden 1024 Briefe verschickt. Zu erfassen waren 253 Patienten, davon 96 neurotisch Kranke und 157 Charaktervarianten.

Von diesen 253 Patienten konnte die Anschrift von 217 (= 85%) ermittelt werden. Davon haben trotz wiederholter Aufforderung 80 nicht auf unser Schreiben reagiert oder haben die Auskunft verweigert.

Zählt man zu diesen 80 Patienten (= 31,2% von 253) die Zahl der verschollenen und nicht mehr erreichbaren Fälle, so ergibt dies 116 unkontrollierte Fälle, d.h., etwa 46 % des Ausgangsmaterials waren nicht mehr erreichbar oder haben nicht geantwortet.

Diese verhältnismässig hohe Zahl konnte dadurch etwas gesenkt werden, indem häufig versucht wurde, auch von anderer Seite Angaben über die Entwicklung der ehemaligen Patienten zu erhalten. Dabei wurden in erster Linie die Angehörigen befragt; war einer der Patienten in Behandlung von anderen Ärzten, so wurden dort Berichte angefordert; recht brauchbare Angaben über die allgemeine Entwicklung der Probanden wurden auch von Gesundheitsämtern, Jugend- und Fürsorgeämtern gemacht, Amtsgerichten, Erziehungsheimen und ähnlichem mehr.

Dadurch gelang es, die Prozentzahl der nicht erfassten Patienten von 46 % auf 31 % zu senken. Von diesen aber waren überhaupt keine brauchbaren Angaben zu erhalten.

Verwertet wurden nur solche Angaben, die glaubwürdig erschienen und welche sich auf einen Zeitraum bezogen, welcher mindestens 5-6 Jahre nach der Behandlung an der hiesigen Klinik lag. Ferner mussten die Nachuntersuchten das 21. Lebensjahr überschritten haben.

78 Patienten erschienen persönlich zur Nachuntersuchung. Um den Grad der Objektivität zu erhöhen, wurde dabei beachtet, dass jeder Patient mindestens von zwei Ärzten beurteilt wurde. Gleichzeitig wurde - ähnlich wie bei der Nachuntersuchung von LANGEN und VEIT - die Exploration mit der Frage eingeleitet: "Wie geht es denn j e t z t ?", um den Gang der Nachuntersuchung dadurch noch eindeutiger auf seinen katamnestischen Zweck hin zu lenken.

Die Beurteilung der Besserung oder des Behandlungserfolges geschah im Hinblick auf die therapeutische Zielsetzung. Dazu benützten wir in Anlehnung an BÖHM und LANGEN drei Besserungsgrade: 1) gut, 2) mässig bzw. wenig gebessert und 3) ungebessert. Eine weitere Staffelung nach Besserungsgraden erschien uns als fragwürdig und wurde nicht versucht.

Zur Beurteilung, ob das therapeutische Ziel erreicht wurde, zogen wir möglichst objektive Kriterien heran wie z.B. Symptomfreiheit, Berufsfähigkeit, Verehelichung, soziale Anpassungsfähigkeit u.a.m. Besonders zur Beurteilung der Psychopathien schien uns soziales bzw. asoziales Verhalten wertvoll zu sein und für eine katamnestische Wertung zuverlässige Anhaltspunkte zu bieten; bessere als z.B. die Tatsache einer Eheschliessung. Letztere muss noch lang kein Beweis für eine Reifung sein; sie kann durch Schwangerschaft erzwungen sein, sie kann sogar aus Protest gegen die Eltern erfolgen und so eine Folge der Unreife sein. Die soziale Entwicklung dagegen ist weniger doppelsinnig und zwiespältig zu beurteilen. Hier zeigen sich Reife und Unreife deutlicher, hier hat man mehr freie Hand, seiner Art entsprechend zu leben, als in einer Ehe, wo doch der Partner die Situation ebenso entscheidend mitbeeinflussen kann wie man selbst.

Ein Grossteil der Charaktervarianten kam nicht zur Behandlung, wie die meisten Neurosen, sondern wurde zur Begutachtung eingewiesen, meist im Auftrag von Jugendämtern, um die bestmögliche Erziehungsweise finden zu können. So war hier von vorne herein die therapeutische Zielsetzung weniger bis ins Einzelne festgelegt; sie erstreckte sich mehr auf das soziale Verhalten. Bei den Neurosen bestand dieses Ziel darin, die neurotische Persönlichkeit in den Zustand zurück zu verwandeln, in welchem sie sich vor der Manifestation der Neurose befand, wobei dann parallel zu diesem Geschehen eine Verringerung eventuell vorhandener

körperlicher oder psychischer Symptome wie z.B. Kopfschmerz, Magenbeschwerden, Angst oder Hemmungen zu beobachten ist.

Bei den Charaktervarianten sind solche Orientierungsmöglichkeiten bezüglich der Weiterentwicklung viel seltener gegeben. Anhaltspunkte für eine erfolgte Besserung bietet hier eher - wie schon betont - das soziale Verhalten: Straffälligkeit, Verkehrsdelikte, Kontakt zu den Mitmenschen, Heirat, häufiger Wechsel des Arbeitsplatzes usw.

3. Charakterisierung des Krankengutes:

Zur Bewertung der Ergebnisse dieser Arbeit scheint es uns weiterhin wichtig zu sein darzulegen, in welchem Sinne hier die Begriffe Neurose und Psychopathie verwandt wurden, nach welchen Gesichtspunkten die Auslese des Patientenmaterials, seine Trennung in Neurose und Psychopathie erfolgte. Besonders der Psychopathiebegriff muss deutlich formuliert werden, da hier grosse Verschwommenheit und Unterschiede in der Auffassung zu herrschen scheinen, gehört er ja nach H. HOFF " zu jenen Begriffen in der Psychiatrie, welche einer neuen Formulierung bedürfen."

Recht problematisch ist die Diagnose einer Psychopathie im Kindes-oder Jugendalter. So weist R. KOCHMANN auf Grund von katamnestischen Ergebnissen mit Nachdruck auf die Schwierigkeit hin, eine exakte psychiatrische Diagnose im Kindesalter zu stellen. Besonders gelte dies für die Diagnose" Psychopathie". Sie solle nicht im Kindesalter fixiert werden und rechtfertige nie eine absolut ungünstige Prognose.

Ähnliches vertritt R. LEMPP, wenn er meint, dass eine Unterscheidung von Neurose und Psychopathie überhaupt fragwürdig werde. Beide Störungen könne man von einer gewissen anlagemässigen Schwäche, einer sogenannten "negativen Potenz" ableiten, aus welcher sich dann, - in beiden Fällen - durch ungünstige Umwelteinflüsse gefördert, die Störung entwickle. Das heisst also, dass

zwischen Psychopathie und Neurose nach dieser Auffassung nicht qualitative, sondern nur graduelle Unterschiede bestehen. Vererbung - sprich "negative Potenz" - und Milieu spielen hier in Ätiologie und Pathogenese gleichberechtigte Rollen.

Die Krankheitsbegriffe zerfliessen also etwas, werden undeutlicher und mit ihnen die katamnestischen Vergleichsmöglichkeiten und die Maßstäbe zur katamnestischen Beurteilung.

Oder ist es gar so, dass gerade erst eine Katamnese den Unterschied zwischen Neurose und Psychopathie aufweist und bestätigt? Denn nach E. WIESENHÜTTER ist dieser Unterschied nicht so klar aus der "theoretischen Alternative von Erbmasse und Umwelt" zu definieren, sondern könnte eher auf Grund der rein praktischen Erfahrung der Reversibilität oder Irreversibilität der Störung bzw. Krankheit ersichtlich werden.

Bei der Auslese und der diagnostischen Aufgliederung unseres Krankengutes konnten diese Überlegungen nur zu einem geringen Teil berücksichtigt werden. Die Begriffe Psychopathie und Neurose wurden hier im Sinne der altgewohnten üblichen Auffassung gebraucht.

So umfasst die hier behandelte Gruppe der Neurosen neben einer Kerngruppe von typischen Neurosen mehrere uncharakteristische Störungen, welche überwiegend neuroseartige Mechanismen aufweisen wie z.B. neurotisch überlagerte Berufsschwierigkeiten, milieu-reaktive Erziehungsschwierigkeiten, psychasthenische Versagenszustände, Ablösungsschwierigkeiten, puberal akzentuierte Konfliktsituationen, psychogene Lähmungen, Anfälle bis hin zu den Hysterien. Auch Zwangssyndrome und Kernneurosen wurden noch mit erfasst (s. Tabelle 1).

Diagnosen der Krankenblätter

	Anzahl: männl.	weibl.
Neurosen	17	15
Kernneurosen	7	4
Zwangsneurosen	6	6
Sexualneurosen	1	0
Psychoneurosen	1	1
Angstneurosen	0	4
Organneurosen (Herzneurosen und Cephalgie bei Neurose)	4	2
Neurose bei Asthma bronch.	1	0
Ressentiment-Neurose	1	0
psychasthen.Versagens-zustände (Neurasthenie, Konfliktsituationen etc.)	0	5
Neurot.Reifunsstörung (Pubertätskrise)	1	1
Neurose bei Berufs-schwierigkeit	1	0
Aktualneurose	2	0
psychogene Lähmungen	0	3
psychogener Schwindel	0	1
psychogenes Erbrechen	0	1
psychogene Magersucht	0	1
Hysterie und hysterische Anfälle	3	3
milieureakt.Erziehungs-schwierigkeit	4	0
zusammen	49	47

Tabelle 1: Überblick über Art und Zahl der neurotischen Störungen unseres Krankengutes. Die Diagnosen sind den Krankenblättern entnommen und geben keinen Hinweis auf die katamnestischen Ergebnisse.

Wurde bei der Diagnose der Neurose als Hauptcharakteristikum die milieureaktive Fehlentwicklung gesehen, so war für die Feststellung einer Psychopathie die Tatsache einer mehr charakterlich verankerten Störung ausschlaggebend. Der Grossteil der hier untersuchten Psychopathen ist treffender als Charaktervariante zu bezeichnen. In manchen Zweifelsfällen, z.B. bei manchen Kernneurosen, wurde die Entscheidung, ob der betreffende Fall unter Neurosen oder unter Psychopathien abgehandelt werden soll, in Anlehnung an die Definition von H. HOFF danach gefällt, in welchem Ausmass das betreffende Individuum die Ausbildung eines Über-Ichs zeigte. Denn HOFF sieht im echten Psychopathen ein Wesen mit mangelhaft ausgebildetem Über-Ich, welches keine hemmende Angst kennt, asozial, mit mächtigen und unkoordinierten Triebregungen. Beim neurotischen Menschen ist dieses Über-Ich in der Regel weitaus stärker ausgebildet, hemmt bedeutend mehr und ermöglicht eben häufig die ganz bezeichnende neurotische Angst, welche der Psychopath nicht in diesem Ausmass kennt.

Aber auch dieses differential-diagnostische Hilfsmittel war nicht überall anwendbar. Gibt es doch viele Charaktervarianten, welche sekundär neurotisiert wurden, und wie könnte dies ohne eine gewisse Entwicklung eines Über-Ichs geschehen? Oder handelt es sich in diesem Fall bereits wieder um eine Neurose, deren anlagemässige "negative Potenz" sich entfalten konnte?

Fast glaubt man bei dieser Fragestellung sich im Kreise zu bewegen. Eine entscheidende Klärung dieses Tatbestandes dürfte wohl erst dann erfolgen, wenn die Gesetzmässigkeiten der Vererbung psychischer Merkmale noch exakter erforscht worden sind, ebenso wie die Gesetzmässigkeiten zwischen Umwelteinfluss und psychischer Entwicklung.

Vorerst müssen wir uns mit einer mehr symptomatologischen Aufgliederung der Psychopathie begnügen. Für unsere Zwecke wurde dabei eine Einteilung der Psychopathen benützt, welche sehr der SCHNEIDERschen Typologie entspricht. (Tabelle 2).

Von 157 jugendlichen Psychopathen waren überwiegend:

	Anzahl: männl.	weibl.
Haltlos-willensschwach, suggestibel	40	15
affekt-oder stimmungslabil	8	5
geltungssüchtig oder hysteriform	10	7
depressiv oder antriebsarm	7	4
explosiv, aggressiv oder reizbar	12	3
triebhaft, primitiv	10	5
schizoid, egozentrisch, kontaktarm; hyperästhetisch, gemütsarm	23	3
selbstunsicher	2	1
hyperthym	1	0
morphinsüchtig	1	0
zusammen:	114	43

Tabelle 2: Übersicht über die auffälligsten Charakter-und Verhaltensmerkmale der Psychopathen.

Auch hier wurde der Erfassungsradius weit und grosszügig gesteckt. So wurden auch Jugendliche mit fraglichem frühkindlichen Hirnschaden erfasst, oder dyskrine Varianten, vorausgesetzt, dass sie psychopathische Eigenschaften zeigten, entsprechend dem SCHNEIDERschen Schema. Auch sind mehrere Fälle darunter mit der Diagnose: Frühverwahrlosung oder asoziale Verhaltensauffälligkeiten, weil sich ja erfahrungsgemäss aus solchen Formen heraus sehr häufig Psychopathien entwickeln. Nach HOFF ist dies gerade ein bedeutender Unterschied gegenüber dem Neurotiker.

Wenn im weiteren Verlauf der Arbeit dennoch gelegentlich nur von "den Psychopathen" und "den Neurotikern" die Rede ist, so soll dies der Einfachheit und Übersichtlichkeit halber geschehen.

Aus der Lebensgeschichte der Probanden scheint uns erwähnenswert, dass ein Grossteil der Psychopathen in ausgesprochen asozialen Verhältnissen aufgewachsen ist. (Vgl. Tabelle 3). So stammt ein Drittel der männlichen Psychopathen und etwas über die Hälfte der weiblichen Psychopathen aus sehr ungünstigen familiären Verhältnissen.

	Psychopathen		Neurosen	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.
unehelich geboren sind:	24	6	4	4
	zus. 30 = 18,7%		zus. 8 = 8,3%	
aus sehr ungünstigem Milieu stammen (Eltern kriminell, asozial oder geschieden)	39	24	7	2
	zus. 63 = 40,1%		zus. 9 = 9,4%	
Flüchtlinge (+ Sowjetzonenflüchtlinge)	30	6	12	7
	zus. 36 = 22,9%		zus. 19 = 19,6%	

Tabelle 3: Soziologische Daten aus der Lebensgeschichte der Probanden.
Sämtliche Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtzahl der einzelnen Patientengruppen ohne Berücksichtigung der Geschlechtsverteilung. Bei den Psychopathen sind 157 Pat. = 100%, bei den Neurotikern sind 96 Pat. = 100%.
Dasselbe gilt für alle anderen Tabellen, mit Ausnahme der Tabelle 10.

Als sehr ungünstig wurden familiäre Verhältnisse dann bezeichnet, wenn die Eltern kriminell, asozial oder geschieden waren und die betreffenden Jugendlichen bereits längere Zeit in diesem Milieu lebten; war Fürsorge angeordnet, so geschah dies wegen beginnender Verwahrlosung.

Dem gegenüber stammen die meisten Neurotiker dieses Krankengutes aus - zumindest äusserlich - geordneten Verhältnissen.

Besonders ungünstige äussere Verhältnisse scheinen für die Entwicklung unserer neurotischen Patienten nicht die Rolle gespielt zu haben, wie dies bei unseren psychopathischen Persönlichkeiten der Fall gewesen sein könnte, wobei bei den letzteren zu diskutieren wäre, inwieweit das asoziale Milieu bzw. die uneheliche Geburt Ausdruck und nicht nur Bedingung für die Störung ist.

Unter den Flüchtlingen (eingeschlossen sind auch Sowjetzonenflüchtlinge) ist der Anteil auf beiden Seiten ungefähr gleich gross. Bei den weiblichen Patienten ist die Zahl der Flüchtlinge deutlich geringer.

Auch hier gilt wieder dasselbe wie oben: Eine Flucht kann Ursache und Ausdruck der krankhaften Störung sein. Je nach Definition von Neurose und Psychopathie wird man geneigt sein, die ungünstigen äusseren Verhältnisse einmal als Ursache, das andere Mal als Ausdruck für die Störung zu betrachten.

Weiterhin wurde versucht, die körperlichen Untersuchungsbefunde an den Jugendlichen bei ihrer ersten Aufnahme statistisch zu erfassen und zu vergleichen: Dabei zeigten über 60% unter den Charaktervarianten mehr oder weniger deutliche organpathologische Befunde. Bei den Neurotikern war dieser Anteil geringer; dafür war die Zahl der Reifungsdysharmonien mit 40% etwa doppelt so gross wie bei psychopathischen Jugendlichen.

	Psychopathen	Neurosen
a) Deutliche organ-patholog. Befunde (z.B. verändertes EEG, Ventrikelsystem oder pathologischer Liquor:	45 = 28,4%	14 = 14,6%
b) Geringfügigere organ-path. Befunde(somatopatholog.Abweichungen,prodyskline Konstitutionen mit z.B.:Schädeldysplasien,Bajonettfingern u.ä.körperl.Dysplasien):	56 = 35,2%	30 = 31,2%
c) Körperl.Reifungsdysharmonien(Teilretardiert oder -akzeleriert):	38 = 23,9%	39 = 40,6%
d) Eunuchoide oder allgem. dyskrine Varianten:	15 = 9,5%	9 = 9,4%
e) Vegetativ labil waren:	49 = 29,7%	42 = 43,7%

Tabelle 4: Die körperlichen Befunde bei 1. Klinikaufenthalt

Versucht man nun diejenigen Jugendlichen zusammenzufassen, welche gar keine organ-pathologischen Auffälligkeiten haben, so ergibt sich folgendes Bild:

Psychopathen	Neurosen
60 = 37,8%	38 = 39,5%

Tabelle 5: Anzahl der Probanden, welche keine organisch-patholog. Auffälligkeit zeigte

D.h. mehr als 60% sowohl bei Psychopathien als auch bei Neurosen zeigten auffallende körperliche oder konstitutionelle Befunde, welche u.a. Hinweise auf frühkindliche Encephalopathien geben und damit die Bedeutung perinataler Schäden für beide Gruppen unseres Krankengutes zeigen.

Gröbere Formen dieser Schädigungen waren mit Hilfe des EEG oder Pneumencephalogramms relativ leicht zu diagnostizieren. Oft findet man aber auch nur Mikrosymptome, wie sie unter b) angeführt sind: Angedeutete Pyramidenbahnzeichen, leichte Reflexdifferenzen, geringe Störungen der Feinmotorik und der Koordination; im Konstitutionsbefund fallen ganz charakteristische Dysplasien auf, vor allem Schädeldysplasien oder Bajonettfinger, was E. KRETSCHMER und H. KOCH veranlasst hat, den Begriff der prodysklinen Konstitution aufzustellen. Nach W.T. WINKLER können frühkindliche Hirnschädigungen auch zu Störungen des Entwicklungstempos führen, deren Bedeutung für die Entstehung von jugendlichen Neurosen E. KRETSCHMER hervorgehoben hat!

Parallel zu diesen körperlichen Auffälligkeiten laufen oft bezeichnende psychische Erscheinungen. GÖLLNITZ spricht in diesem Zusammenhang von einem "kindlichen hirnorganischen Achsensyndrom", welches u.a. gekennzeichnet sei durch erhöhte Reizbarkeit, Labilität der Stimmung und der Affekte, der Triebstrukturen, erhöhte Ermüdbarkeit der Aufmerksamkeit und der Zuwendung, Willensschwäche und

Oberflächlichkeit, Distanzlosigkeit und Antriebsarmut. Das aber sind Charaktereigenschaften, welche ausgesprochen "psychopathisch" anmuten!

Es wundert daher nicht, dass Kinder mit solchen Eigenschaften sehr leicht Erziehungsschwierigkeiten machen können. W. ENKE fand bei erziehungsschwierigen Kindern 73,6% hirnorganische Schäden!

Es muss betont werden, dass das vorliegende Krankengut nur solche Fälle enthält, bei welchen höchstens die Verdachtsdiagnose eines frühkindlichen Hirnschadens gestellt wurde mit Ausnahme von zwei Jugendlichen, bei denen die Diagnose "Frühkindlicher Hirnschaden" als sicher angesehen werden darf, wobei aber beide gleichzeitig eine starke erbliche Belastung im Sinne einer psychopathischen Charakteranlage vermuten liessen.

An der Tabelle 4 fällt weiterhin auf, dass die groben organisch-pathologischen Befunde bei den Psychopathien mit fast 30% etwa doppelt so zahlreich sind wie bei den Neurosen: Kein Wunder, dass in dieser Gruppe psychopathisch anmutendes Verhalten überwiegt: Labilität der Affekte, Stimmung, Triebe; Reizbarkeit, Unstetigkeit - oder anders herum: dass die Jugendlichen mit diesen Markmalen am ehesten als Psychopathen diagnostiziert oder verkannt werden.

Bei den Neurosen überwiegen dafür die körperlichen Reifungsdysharmonien, d.h. mehr als 40% der hier untersuchten Neurotiker sind in der k ö r p e r l i c h e n Reifung retardiert oder akzelleriert sowohl synchron als auch asynchron.

Retardierung und dysharmonische Reifung ganz allgemein scheinen ein Hauptmerkmal für die neuroseanfällige Konstitution zu sein. E. KRETSCHMER drückt dies u.a. so aus: "Was sich im Körperwuchs nur als kleiner Schönheitsfehler, als gezielte Wachstumshemmung an umschriebenen Körperstellen, als lokale Hypoplasie auswirkt, das führt auf dem psychischen Gebiet zwangsläufig zur Ambivalenz, zu unvereinbar widerstreitenden Triebtendenzen, die in die Verästelungen der höheren Persönlichkeit und in die ganze Lebensgestaltung ausstrahlen".(E.KRETSCHMER:"Psychotherapeutische Studien", S.106/107).

Am Anfang vieler seelischer Störungen kann also zunächst nur eine konstitutionsbiologische Schwäche stehen im Sinne einer Retardierung, zu welcher parallel eine seelische Reifungshemmung verläuft; und dies wiederum gibt Anlass zu Konfliktsituationen angesichts der Ordnungen und Forderungen der Umwelt, schroff ausgedrückt: Neurose ist häufig ein Resultat der Konstitution, speziell der Retardierten.

Da nun die Pubertät für den Jugendlichen neben einer körperlichen Belastung auch eine von Seiten seiner Umwelt bedeutet, da es ja jetzt zur Verzahnung einander entgegengesetzt gerichteter Interessen kommt, kann man- wie E.KRETSCHMER es getan hat - die Pubertät als entscheidende Phase für die Entwicklung zum späteren Neurotiker bezeichnen.

W. KRETSCHMER festigte diese Ansicht mit Untersuchungen an 50 unverheirateten neurotischen Patientinnen aus der Tübinger Universitäts-Nervenklinik. Er fand bei 40 von diesen 50 Fällen deutliche Genitalhypoplasien, eine Vergleichsserie gynäkologischer Fälle der Tübinger Frauenklinik ergab dagegen nur 6,7 % Genitalhypoplasien! Ähnlich hoch war der Anteil der Frauen mit sonstigen Retardierungszeichen.

Da in unserem Patientengut fast keine gynäkologischen Befunde verwertet werden konnten, haben wir hierzu keine rechte Vergleichsmöglichkeit. Wir möchten aber annehmen, dass wir in diesem Falle ähnlich hohe Prozentanteile der Retardierten unter den Neurosen finden würden. Die in Tabelle 4 unter c) angegebenen körperlichen Reifungsdysharmonien sind eben nur solche von auffälliger, grober Art.

Immernin ist der Zusammenhang zwischen körperlicher Entwicklungshemmung und Neurose auch bei unserem Krankengut sehr deutlich, und man wird durchaus annehmen können, dass dieser Zusammenhang gesetzmässig ist. Allerdings wird es schwer sein, die biologische Konstitution als den wichtigsten oder gar als alleinigen primären Faktor, gewissermassen als die "conditio sine qua non", bei der Entstehung

von Neurosen zu betrachten. W. KRETSCHMER lässt diese Frage weitgehend offen, indem er es dem Leser überlässt, in welcher Form er den Zusammenhang zwischen körperlicher Entwicklungshemmung und Neurose kausal oder akausal interpretieren möchte. Der umgekehrte Weg, beginnend mit psychopathologischen Mechanismen, ist ja durchaus denkbar. Es ist ja bekannt, dass Erlebnisse sich z.B. über Hypothalamus und die Hormonvorgänge der Hypophyse recht drastisch in körperliche Erscheinungen umwandeln können, wie in eine Amenorrhoe - welche ihrerseits wieder ein Charakteristikum biologischer Retardierung sein kann. Allerdings ist dann wieder zu klären, wieso der Hormonhaushalt der Hypophyse jenes Individuums durch psychische Noxen gestört wird, der des anderen wieder nicht! Dabei käme man möglicherweise, wenn auch auf Umwegen, wieder zur biologischen Konstitution als Mutterboden der Neurosen zurück, wobei eben dieser erst durch psychische Erlebnisse zur Ausreifung befähigt worden wäre.

Nimmt man aber an, dass der Mensch aus einer Einheit von einander gleichberechtigten seelischen und körperlichen Teilen besteht, so kann man auch weiter folgern, dass diese "negative Potenz" sowohl im Körperlichen als auch im Seelischen liegen kann. Somit könnte eine psychische Noxe auch erst dann biologische Veränderungen und Hemmungen bewirken, wenn sie zuerst die ihr entsprechende seelische negative Potenz getroffen und aktiviert hat. Dies bedeutete dann wieder eine starke Einschränkung des Primats der biologischen Konstitution bei der Entstehung von Neurosen.

Nun bekommt das Problem der Entwicklungsstörungen eine ganz zeitspezifische Betonung. Viele der Reifungsdysharmonien der Tabelle 4 unter c) waren nur scheinbar retardiert, auf Grund einer Teilakzeleration.

Die Tatsache einer Tempobeschleunigung und einer Frühreife in der körperlichen Entwicklung wird bereits seit der Jahrhundertwende beobachte. So ist es schon jedermann bekannt,

dass "die Kinder heute den Eltern über den Kopf wachsen". In unserem Zusammenhang ist es dabei wichtig festzustellen, dass dieser biologische Wandel parallel zu einem psychischen verläuft. H.C. LEUNER spricht von einem epochalen psychophysischen Konstitutionswandel der Jugend. Im Körperlichen drücke sich dies durch eine Verlängerung der biologischen Vitalität aus sowie in einer Verschiebung der körperbaulichen Proportionen in Richtung eines Hoch-Schlankwuchses mit relativer Zunahme der Extremitätenlängen gegenüber Kopf und Rumpf, d.h., die körperliche Konstitution wird mehr leptomorph. Gleichzeitig mache sich eine allgemeine Zunahme der vegetativ-nervösen Erregbarkeit der akzeleriertenJugend bemerkbar.

Die dazu verlaufenden seelisch-geistigen Wandlungen seien grössere Abstraktionsfähigkeit, höheres Intelligenzalter und höherer Intelligenzquotient; die Kinder und Jugendlichen seien nüchterner und selbständiger geworden als früher, während im Gefühlshaften im Vergleich zu früher eher eine verlangsamte Entwicklung zu verlaufen scheine. Dies würde bedeuten, dass die jugendliche Persönlichkeit weiter auseinanderklafft als früher, dysharmonischer reift.

Weiter meint LEUNER, dass diese Dysharmonie der Reifung ganz allgemein die Neurosedisposition des heutigen Jugendlichen erhöht - ähnliches wurde ja schon weiter oben erwähnt. Entscheidend ist nun aber, dass nach LEUNER eine qualitative Umgestaltung der abnormen Erlebnisreaktionen bei diesen Jugendlichen stattgefunden haben soll, und zwar vom Hysterischen, Darstellungshaften zur Zwangsstruktur, von der Konversionssymptomatik zur Psychosomatik.

Versucht man einmal das hier vorliegende Krankengut unter diesem Gesichtspunkt zu betrachten, so findet man, dass die Neurosen mit Zwangssymptomen mit mehr als 10% doppelt so häufig vertreten sind wie die Fälle von Hysterie oder hysterischen Anfällen (vgl. Tab. 1). Auch die Anzahl der hysteriformen, konversionsneurotischen Fälle ist geringer als jene mit ausgesprochen somatischen Beschwerden.

Auch die erhöhte vegetativ-nervöse Erregbarkeit der jugendlichen Neurotiker ist auffallend. Zwar ist die psychische Ansprechbarkeit des Menschen unter Mitreagieren des ganzen Organismus im Jugendalter, etwa zwischen 16 - 25 , am höchsten. Im späteren Leben nimmt diese Ansprechbarkeit stetig ab und zeigt auch in den Krisenzeiten des späteren Lebens, z.B. im Klimakterium k e i n e Zunahme! (KLEINSORGE und KLUMBIES).
Vergleicht man aber in Tabelle 4 e den Anteil der Charaktervarianten mit dem der Neurosen, so findet man doch, dass bei den letzteren die Zahl der vegetativ Labilen recht deutlich höher liegt als bei den ersteren. Reifungsdysharmonien, besonders bei akzelerierten Jugendlichen, scheinen sich direkt proportional zur erhöhten vegetativ-nervösen Erregbarkeit (vgl. Tabelle 4 c) und e)) bzw. zur Neuroseanfälligkeit zu verhalten.

Die Ursachen dieses psychophysischen Konstitutionswandels scheinen vor allem in der zunehmenden Ausbreitung der Zivilisation zu liegen, eine Art Adaptation des Menschen an die von ihm selbst geschaffenen Verhältnisse, worunter dann neben der besseren und gesunderen Ernährung die frühe starke und unverdaubare "Reizüberflutung" der Jugend am bedeutendsten wäre. Namhafte Forscher wie der Schweizer Antropologe PORTMANN sind dieser Ansicht. Auf jeden Fall scheint die Akzeleration in zivilisierten Ländern zuerst aufzutreten. Kinder in "altmodischen" Erziehungssituationen zeigen viel seltener eine Akzeleration im heutigen Sinne. Nach A. GEHLEN gibt es wahrscheinlich nur zwei kulturgeschichtlich wirklich entscheidende Zäsuren: Den prähistorischen Übergang von der Jägerkultur zur Sesshaftigkeit und den zum modernen Industrialismus. So gesehen leben wir in einer Zeitwende, welche einmalig ist im Verlaufe von mehreren Jahrtausenden, und die vergangenen 200 - 300 Jahre der europäischen Geschichte waren im Vergleich zu den vorhergehenden Jahrhunderten eine Periode gewaltiger Revolutionen - die Menschen dieser Zeit waren sozusagen einem Kollektiv-Stress

ausgesetzt. Sollte es dann noch verwundern, wenn diese ungeheuren einmaligen Ereignisse auf den Menschen nicht im Sinne einer psycho-physischen Veränderung zurückwirken?

Doch zurück zu besser Greifbarem! Betrachten wir noch einmal die Tabellen 4 und 5. Daraus geht hervor, dass bei mehr als 60% sowohl der jugendlichen Psychopathen als auch Neurotiker auffallende körperliche Befunde erhoben wurden. Bei den Psychopathen überwiegen die Fälle mit groben organpathologischen Befunden sowie die sogenannten prodysklinen Konstitutionen. Die enge Beziehung dieser Befunde zu frühkindlichen Hirnschädigungen wurde bereits weiter oben erwähnt. Berücksichtigt man nun weiterhin, dass auch Störungen des Entwicklungstempos, also Reifungsdysharmonien Folge von frühkindlichen Encephalopathien sein können, so ergibt sich, dass eine weitere grosse Zahl der Verhaltensstörungen organ-pathologisch bedingt sein könnte. Da die Ursachen für einen frühkindlichen Hirnschaden vor allem entzündliche Erkrankungen der Mutter in der 2. Schwangerschaftshälfte, Geburtstraumen des Kindes oder schwere Ernährungsstörungen und Infektionskrankheiten des Neugeborenen sind, handelt es sich also um Faktoren, welche sich bei entsprechenden ärztlichen Bemühungen recht leicht zurückdrängen oder beseitigen lassen. Mit anderen Worten: Der Arzt steht einem Grossteil von Psychopathien und Neurosen gar nicht so machtlos gegenüber, er kann prophylaktisch sehr viel verhindern, so vor allem durch eine regelmässige Kontrolle der Schwangeren, was in Deutschland, im Gegensatz zu anderen Ländern, noch keine allgemeine Gewohnheit oder gar Pflicht geworden ist. Baut sich nicht aus diesen Gesichtspunkten eine Möglichkeit auf, einer Entwicklung von Psychopathien und Neurosen schon vor oder zur Zeit der Geburt vorzubeugen?

Allerdings liegen die Dinge nicht so einfach, wie es aus dem Vorhergesagten erscheinen mag. Aus den Krankengeschichten der Probanden geht ja eindeutig hervor, dass fast keine einzige Erkrankung gewissermassen aus heiterem Himmel hereinbrach; meist mussten mehrere ungünstige Umstände zusammenkommen, bis eine Störung deutlich wurde, wie z.B. hohe "familiäre Belastung" mit abnormen Persönlichkeiten, sehr ungünstige äussere Lebensverhältnisse und Umwelteinflüsse, organ-pathologische Belastung des Gehirns - und in allen Fällen noch zusätzlich die Belastung durch die Pubertätsentwicklung.

Der Einfluss der Pubertät auf die Entwicklung und den Verlauf der Störungen wird deutlich, wenn man die Beziehung betrachtet, die zwischen dem Alter des Patienten bei der Aufnahme und der Art ihrer Störung besteht. (Abbildungen 1, 2, und 3). Die Abbildungen 1 bis 3 zeigen, dass die Jugendlichen, bei denen eine Psychopathie diagnostiziert wurde, im Durchschnitt 2 bis 4 Jahre vorher in klinische Behandlung kamen, als jene, welche als neurotisch betrachtet wurden. (Am deutlichsten ersichtlich aus Abbildung 3). Dies gilt hier für beide Geschlechter, d.h., bei den Psychopathien liegt das Maximum der Aufnahmezahlen bei beiden Geschlechtern zwischen dem 14. und 18. Lebensjahr, bei den Neurosen - ebenfalls bei beiden Geschlechtern - etwa zwischen dem 18. - 22. Lebensjahr. Ein ähnlicher Kurvenverlauf ergibt sich, wenn man versucht, den Beginn der Erkrankung, das Auftreten erster Beschwerden oder gröberer Verhaltensstörungen in Beziehung zur Anzahl der jeweils Gestörten zu bringen: Auch hier liegt das Maximum der Psychopathien vor dem der Neurosen (Abb. 4). Die einfachste Erklärung hierfür mag sein, dass eben das Verhalten der jugendlichen Psychopathen die Umwelt früher und stärker belastet, als dies bei den Neurosen der Fall ist, sie diesem Umstand also ihre frühere Klinikeinweisung verdanken. Dies erklärt aber noch nicht den Unterschied im verschiedenen zeitlichen Auftreten der Symptomatik beider Krankheitsgruppen (Abb. 4).

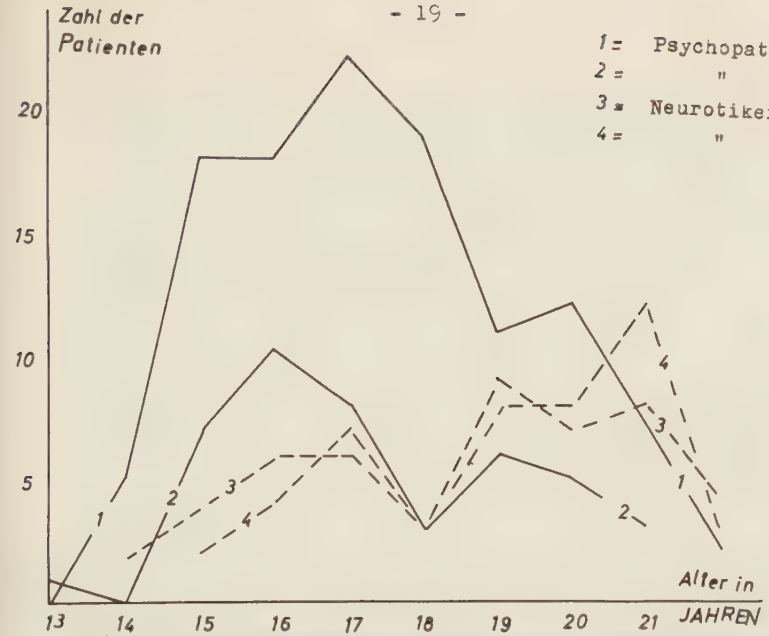

Abb.1: Altersverteilung bei Psychopathen und Neurotikern bei der Klinikaufnahme (getrennt nach Geschlechtern)

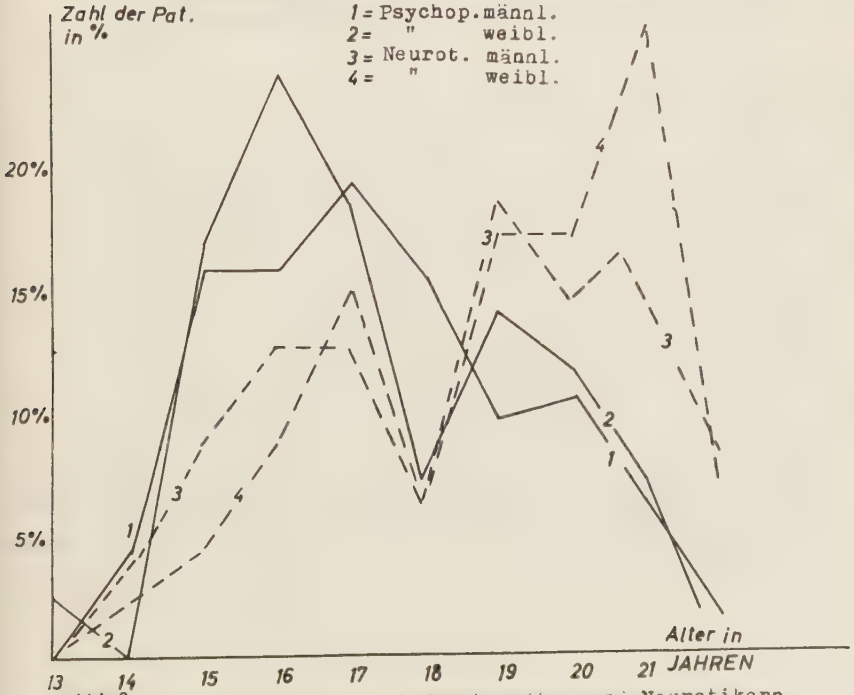

Abb.2: Altersverteilung bei Psychopathen und Neurotikern bei Klinikaufnahme, angegeben in Prozent

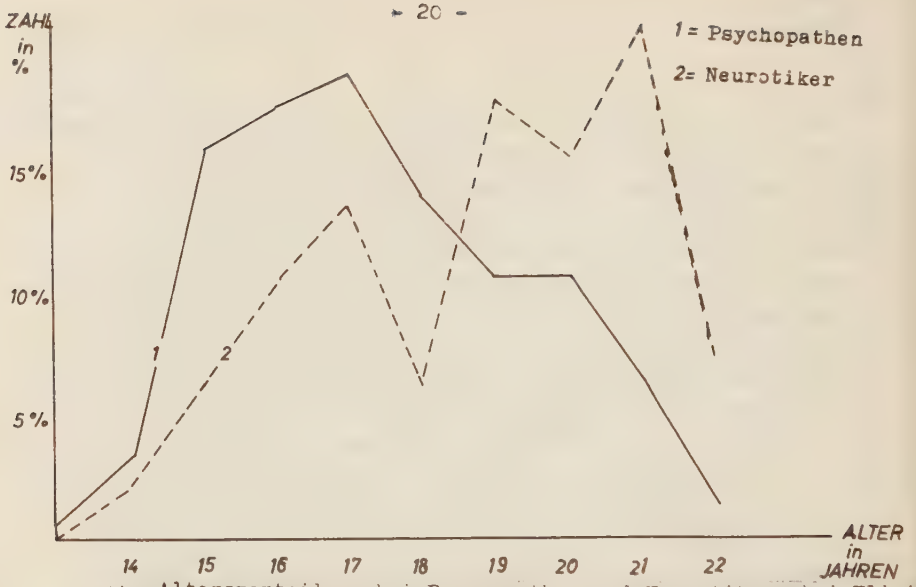

Abb. 3 Altersverteilung bei Psychopathen und Neurotikern bei Klinikaufnahme ohne Berücksichtigung der Geschlechtsverteilung.

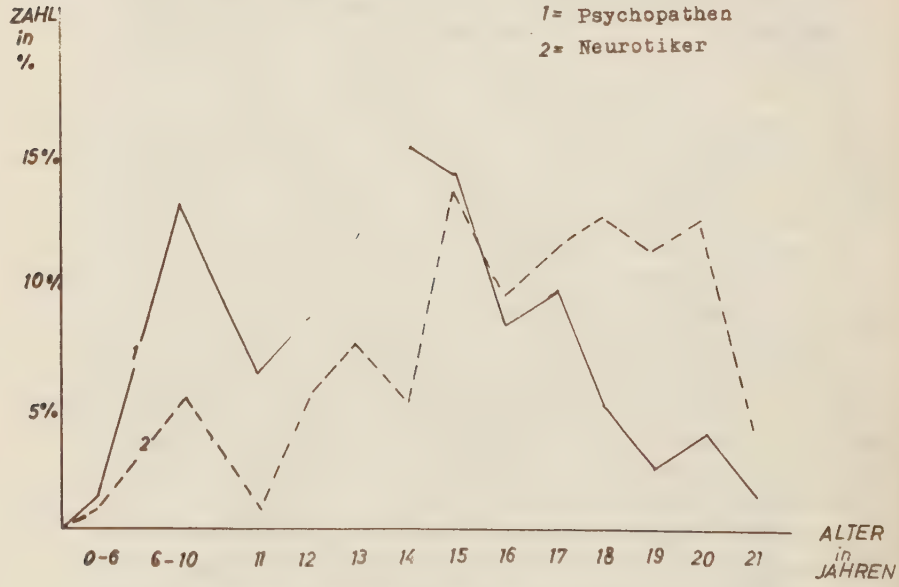

Abb. 4: Erkrankungsbeginn bei Psychopathen und Neurotikern

So mag das frühere Auftreten abnormer Verhaltensweisen bei Psychopathen zum Teil darin begründet sein, dass sie zu ihrer Entwicklung weniger auf Umwelteinflüsse angewiesen sind und sich deshalb früher bemerkbar machen können, im Gegensatz zu den Neurosen. Diese benötigen ja in der Regel bis zum Erscheinen störender Symptome eine längere Zeit von Fehlentwicklungen und Fehlverarbeitungen.

W. ZELLER unterteilt die körperlich-seelische Entwicklung des Pubertierenden in zwei Phasen. Die erste puberale Phase, etwa zwischen dem 11. - 15. Lebensjahr, charakterisiert er als eine Phase der Disharmonisierung im Körperlichen und im Seelischen, als "eine Zeit der Auflösung und Umwandlung in allen Bereichen". An sie schliesst sich die zweite puberale Phase an: Die Vergröberungen und Verzerrungen an Leib und Seele werden ausgeglichen, eine fortschreitende Reharmonisierung tritt ein, die Gesamtreifung der Person zeigt sich in der Aufnahme eines selbständigen Lebens, in dem Erwachen des Gefühls für Selbstverantwortlichkeit.

Diese Tatsache der zweiphasigen Pubertätsentwicklung scheint in gewisser Beziehung zu stehen zum zeitlichen Auftreten der Störungen bei den beiden Gruppen unserer Patienten. Die Mehrzahl der jugendlichen Psychopathen wurde zu einer Zeit in die Klinik eingewiesen bzw. auffällig, in welcher sie sich in der ersten puberalen Phase befanden, in einer Phase also, welche nach W. ZELLER schon naturgemäss eine Zeitspanne höchster Krisenhaftigkeit ist, in welcher "die sozialen Fehlhandlungen oder zumindest die Anfänge dazu" entstehen. Kein Wunder also, dass sich in dieser Periode die Diagnosen einer Psychopathie anhäufen.

Diese Periode der Unsicherheit scheint in unseren Gesellschaften der heutige Jugendliche in besonders heftiger Weise zu erleben. Zwar sind viele Erkenntnisse der

jugendpsychologischen Forschung Allgemeingut geworden, doch scheint eigenartigerweise die Kluft zwischen Erwachsenen und Jugendlichen besonders gross zu sein. P.HEINTZ spricht von einer Statusunsicherheit des Jugendlichen. Die Zeit, die zwischen Kindheit und Erwachsenenalter liegt, ist durch keine genau definierte und gesellschaftlich anerkannte Alterskategorie überbrückbar im Gegensatz zu früher. Sie stellt eine Periode dar, welche den Jugendlichen aus der Sicherheit der Familie leicht vertreibt und ihn veranlasst, sich irgendwelchen "peer groups" anzuschliessen, eigenwilligen, extremen, oder gar gesetzwidrigen "Subkulturen". In ländlichen Gegenden mit etwas "altmodischeren" Familienverhältnissen scheint diese Entwicklung weniger problematisch zu sein (H.D.McKAY). Da nach P. HEINTZ besonders die männlichen Jugendlichen eine Zeit des unsicheren sozialen Status erleben, scheinen sie mehr gefährdet, sich ausserhalb der Gesellschaft zu stellen, asoziale, selbstunsichere, ungesteuerte, abnorme, kurz: psychopathische Züge zu entwickeln. Dies könnte vielleicht mit erklärend dafür sein, wieso unter den Probanden der Anteil der männlichen Psychopathen so überaus gross ist (Abb. 1).

Eine ähnliche Beziehung, wie sie zwischen der ersten puberalen Phase und dem gehäuften Auftreten psychopathischer Verhaltensweisen besteht, scheint auch zwischen der zweiten puberalen Phase und der Manifestation neurotischer Symptome zu bestehen. Setzt doch die Entstehung einer Neurose eine gewisse Reifung und Differenzierung der Persönlichkeit voraus - ein Vorgang, welcher ja das Hauptmerkmal dieser Zeitspanne ist. Dazu stellt nun die Umwelt in dieser Zeit neue, schwere Anforderungen - genügend Möglichkeiten zu einer abnormen Erlebnisverarbeitung!

Das Auftreten von psychopathischen und neurotischen Verhaltungsweisen scheint also nicht nur von Umwelteinflüssen oder Charaktereigenschaften abhängig zu sein, sondern teilweise auch von dem jeweiligen puberalen Entwicklungsstand des Betreffenden. In gewissem Ausmass sind diese

Verhaltensweisen in den beiden Pubertätsphasen noch durchaus altersspezifisch und in dieser Zeit schwierig von wirklich Krankhaftem zu unterscheiden. Dies kann in besonderer Weise für die jugendlichen Psychopathien gelten.

Der Zusammenhang zwischen den zwei Pubertätsphasen ZELLERs und der Manifestation psychopathischen oder neurotischen Verhaltens scheint noch bei einer weiteren Überlegung etwas deutlicher zu werden: Betrachtet man jene Fälle genauer, welche mit dem Beginn ihrer Symptome ausserhalb der jeweiligen Maxima ihrer Krankheitsgruppe liegen, - das wäre in Abb. 4 bei den Neurosen das Alter von 0 bis etwa 14, bei den Psychopathien von 16 bis 22 Jahren - so findet man, dass sich unter diesen durchschnittlich mehr atypische Krankheitsbilder befinden. Unter jener Gruppe zeigten die neurotisch Kranken bei der Nachuntersuchung verhältnismässig viel uncharakteristische Weiterentwicklungen: Fünf Patienten wiesen eine Zwangssymptomatik auf, zwei waren sogenannte Wegläufer, einer erwies sich bei der Nachuntersuchung als deutlich hebephren, während drei andere überwiegend vegetative Beschwerden zeigten. Bei den Psychopathen gilt Ähnliches: Die Gruppe derjenigen, deren Beschwerden überwiegend nach dem 16. oder 17. Lebensjahr auftraten, scheint ebenfalls vermehrt atypische oder besonders ungünstige Verlaufsformen aufzuweisen Von den Nachuntersuchten erwiesen sich zwei als sicher hebephren, einer als stark verdächtig auf Hebephrenie, zwei als kernneurotisch, einer als epileptisch,und eine Patientin litt an psychomotorischen Anfällen. Zwei weitere Patienten dieser Gruppe wurden wegen Mord bzw. versuchten Totschlags eingewiesen. Es scheint sogar so zu sein, dass jene Patienten, deren Erkrankungsbeginn ausserhalb der Hauptmasse ihrer Krankheitsgruppe liegt, relativ mehr Fälle von Ungebesserten aufweisen. Im katamnestischen Teil der Arbeit wird darauf nochmal einzugehen sein. Es soll nur noch darauf hingewiesen werden, dass in Zweifelsfällen der Diagnose einer jugendlichen Psychopathie oder

Neurose auch der jeweilige puberale Entwicklungsstand des Jugendlichen herangezogen werden könnte, vielleicht sogar auch zur Beurteilung der Prognose. Genaueres kann darüber in diesem Zusammenhang nicht erbracht werden. Das statistisch verwertbare Ausgangsmaterial ist dafür zu gering. Auch werden Untersuchungen in dieser Richtung zusätzlich dadurch erschwert, dass ein grosser Teil dieser jugendlichen Patienten, besonders der Neurotiker, eine auffallend ungleichmässige körperlich-geistige Pubertätsentwicklung zeigt, wodurch die zweiphasige puberale Entwicklung nach dem Schema ZELLERs stark abgeändert und verzerrt wird!

Die Beschreibung unserer Patienten wollen wir mit einem Blick auf die Berufsangehörigkeit beschliessen (siehe Tabelle 6). Gut 33 % der Psychopathen sind Arbeiter, fast die Hälfte davon ungelernte. Bei den Neurotikern überwiegen dafür mit fast 40 % die Angestellten - jedoch nur bei den weiblichen! Unter den männlichen Neurotikern befinden sich 17 Arbeiter und nur 11 Angestellte. Dies liess uns stutzen, zumal aus der schon erwähnten Nachuntersuchung von KLEINSORGE und KLUMBIES an 510 Psychotherapie-Patienten hervorgeht, dass "Angestellte häufiger psychogen erkranken als andere". Wieso sind es also bei unseren männlichen Neurotikern mehr Arbeiter? Ist die Behauptung V.E.FRANKLs, dass die Ursache der Neurose Langeweile sein kann, vielleicht eine Erklärung hierfür? Besteht ein Zusammenhang zwischen zunehmender Arbeitszeitverkürzung und erhöhter Neuroseanfälligkeit? Da die Beobachtungen von KLEINSORGE und KLUMBIES an mitteldeutschen Patienten gemacht wurden, also an einer Bevölkerungsgruppe, welche nachweislich mehr Arbeitsstunden pro Woche aufweist, könnte man sich in der oben geäusserten Annahme bestätigt fühlen.

		Psychopathen		Neurosen	
		männl.	weibl.	männl.	weibl.
Arbeiter(ungelernt bzw. angelernt)	ARBEITER und HANDWERKER	29	1	5	9
gelernte Arbeiter (z.B.Maurer, Zimmermann,Mechaniker u.ä.)		13		7	
Lehrlinge		16		5	
zus.:		52 = 33,1 %		26 = 27 %	
Büroangest.etc.	ANGESTELLTE	3		5	10
Hausgehilfin			9		8
Verkäuferin					1
Techn.Assistent oder techn.Zeichn.				2	2
Soldat		1			
Schwester, Krankenpfleger		2			1
Friseuse					1
Dekorateur. Lithograph				2	
Kaufm.Lehrlg.u.ä.		6	2	2	5
zus.:		23 = 14,6 %		39 = 40,6 %	
Studenten	ANGEHÖRIGE	1	1	7	2
Schüler		9	3	13	3
Hausfrauen					1
Haustöchter			10		2
Fürsorgezöglinge (d.h.ohne Beruf)		44	17	1	2
zus.:		85 = 54,1 %		31 = 32,2 %	
Total: = 100 %		114	43	49	47

Tabelle 6: Die Berufsverteilung unter den Probanden

IV Die Therapie

Der durchschnittliche Klinikaufenthalt unserer Patienten betrug etwa 5-10 Wochen; bei den Neurotikern einige Wochen mehr als bei den Psychopathen.

Psychopathen	Neurotiker	
5 Wochen	10 Wochen	männl.Pat.
6 "	8 "	weibl. "

Tabelle 7 : Dauer der stationären Behandlung im Durchschnitt

Bei den meisten Patienten erstreckte sich die Behandlung auf gründliche Aussprache mit dem Arzt, Erlernen des autogenen Trainings, Gruppen- und Arbeitstherapie, soweit möglich oder nötig auf eine Analyse. Medikamentös wurden diese Bemühungen eventuell durch unterschwellige Insulinbehandlung unterstützt, durch Sedativa oder Analgetica.

Viele der Charaktervarianten waren nicht zu einer psychotherapeutischen Behandlung in der Klinik, sondern wurden zur Begutachtung eingewiesen, um mit Hilfe des Gutachtens die bestmöglichen Erziehungswege zu finden. Da aber der dazu nötige Aufenthalt mehrere Wochen betrug, bedeutete dieser Milieuwechsel gleichzeitig eine Therapie und den Beginn zu einer Stabilisierung.

Auf die Frage, welche Behandlungsweise dem Patienten seiner Meinung nach die beste gewesen sei, gab die Mehrzahl bei der Nachuntersuchung das autogene Training an (Ruheübungen). An zweiter Stelle wurden die Aussprachen mit dem Arzt genannt.

Es wurde auch bei Erhebung der Katamnese versucht, bei den Gebesserten die Gründe für die Besserung festzustellen. Es schien uns aber kaum möglich zu sein, darüber exakte Angaben zu machen, da eine Unterteilung in einzelne Besserungsgründe schwer durchführbar sein dürfte. Es handelt sich doch um ein engverzahntes Ineinandergreifen von Pubertät, Milieutherapie und direktem ärztlichen Bemühen. Bei

vorsichtiger Schätzung könnte man meinen, dass bei 40 - 60 % der gebesserten Patienten mit Abklingen der Pubertät eine Stabilisierung eintrat, die ärztliche Behandlung in vielen Fällen zwar nur eine Art von Weichenstellung bedeutete, aber unbedingt nötig war.

V Katamnestische Ergebnisse

Wie erwähnt, war von 31 % der insgesamt 253 Probanden keine Auskunft zu erhalten, von einem weiteren Drittel waren nur indirekt Angaben einholbar; das letzte Drittel konnte persönlich nachuntersucht werden.

Bemerkenswert ist, dass der Anteil der psychopathischen Persönlichkeiten unter den nicht auffindbaren am grössten, unter den sich in der Klinik Vorgestellten am geringsten ist: Abbildung 6 zeigt ein Kleinerwerden der schwarzen Fläche, welche der Anzahl der Psychopathen entspricht, in den drei Figuren von oben nach unten.

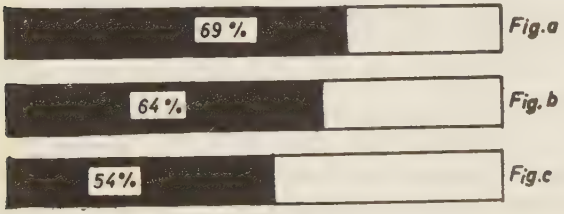

Abb. 5
Verhältnis von Neurotikern(▭) zu Psychopathen(▬) bei den nicht erfassten Pat.(Fig.a), den erfassten (Fig.b) und den persönlich untersuchten(Fig.c)

Unter den nicht auffindbaren Patienten sind also gut 10% mehr Psychopathen als unter jenen, welche persönlich zur Nachuntersuchung erschienen. Will man die Weiterentwicklung der Patientengruppe der Abb. 6, Figur a) schätzungsweise beurteilen, so darf man eventuell aus der Nichtauffindbarkeit und dem hohen Prozentsatz an Charaktervarianten

schliessen, dass beim Grossteil keine wesentlich positive Entwicklung stattgefunden hat. Dieses Patienten-Drittel, welches die grosse Unbekannte dieser Untersuchung bildet, dürfte also eher mit einem wenn auch unsicheren Minus "auf der Verlustseite gebucht" werden.

In Haft befanden sich zur Zeit der Nachuntersuchung 12 Patienten. Alle 12 wurden bei ihrem ersten Klinikaufenthalt als Psychopathen diagnostiziert.

Bis zur Zeit der Nachuntersuchung waren acht Patienten nachweislich verstorben. Bei vier Patienten handelte es sich um sicheren Selbstmord. Alle vier Selbstmörder waren Neurotiker. Nach K. THOMAS ist die Mehrzahl unter den Selbstmördern neurotisch krank. 50 % der von ihm untersuchten Selbstmörder litten an Schichtneurose, weitere 8 % an Kernneurose.

Um den weiteren Gang der Darstellung zu vereinfachen, soll das Patientenmaterial in Gruppen eingeteilt werden. Entsprechend den Möglichkeiten der Erfassung der Patienten werden drei Gruppen unterschieden:

Gruppe A: Gruppe der nicht erfassten Patienten (entsprechend Abb. 6, Fig. a)

Gruppe B: Gruppe der im Briefverkehr erfassten Patienten (entsprechend Abb. 6, Fig. b)

Gruppe C: Gruppe der persönlich untersuchten Patienten (entsprechend Abb. 6, Fig. c)

Die katamnestische Beurteilung der Gruppe A wurde bereits versucht.

Wesentlich besser zu beurteilen ist die Weiterentwicklung der Gruppe der schriftlich erfassten Patienten. Ordnet man die katamnestischen Ergebnisse dieser Gruppe nach den drei Besserungsgraden gut, wenig und nicht gebessert, so ergibt sich folgendes Bild:

		Psychopathen (zus. 59 Pat.)		Neurotiker (zus. 32 Pat.)	
		Soforterfolg	Dauererfolg	Soforterfolg	Dauererfolg
gut gebessert	männl.:	5	6	5	5
	weibl.:	1	12	9	10
	zus.:	6	18	14	15
wenig "	männl.:	26	4	9	4
	weibl.:	9	6	7	6
	zus.:	35	10	16	10
nicht "	männl.:	17	30	1	6
	weibl.:	1	1	1	1
	zus.:	18	31	2	7

Tab.8:Vergleich von Sofort-mit Dauererfolg bei der Gruppe B (Gruppe der im Briefverkehr erfassten Petienten)

Vergleicht man den Sofort- mit dem Dauererfolg, so findet man bei Psychopathen als auch Neurotikern einen Rückfall nach anfänglicher Besserung. Die 59 Psychopathen zeigen bei der Entlassung 18 ungebesserte Patienten, bei der Nachuntersuchung 31; d.h. etwa ein Fünftel zeigt eine Verschlechterung.

Günstiger ist das Ergebnis bei den Neurotikern. Bei der Entlassung waren nur zwei der insgesamt 32 Patienten ungebessert, - bei der Nachuntersuchung war diese Zahl auf sieben angewachsen. Etwa ein Sechstel fiel hier also nach anfänglicher Besserung zurück.

Bemerkenswert ist auch, dass nach Beendigung der klinischen Behandlung die Gruppe der wenig oder mässig Gebesserten zahlenmässig die stärkste war. Bei der Nachuntersuchung war sie dann wesentlich verringert, zugunsten einer leichten Zunahme bei den gut Gebesserten und der oben geschilderten stärkeren Zunahme bei den Ungebesserten.

Ähnliches gilt für die Gruppe der persönlich Untersuchten.

		Psychopathen (44 Pat.)		Neurotiker (38 Pat.)	
		Soforterfolg	Dauererfolg	Soforterfolg	Dauererfolg
gut gebessert	männl.:	1	7	5	14
	weibl.:	4	3	7	6
	zus.:	5	10	12	20
wenig "	männl.:	18	7	14	2
	weibl.:	7	4	8	8
	zus.:	25	11	22	10
nicht "	männl.:	14	20	3	6
	weibl.:	0	3	1	2
	zus.:	14	23	4	8

Tabelle 9: Vergleich von Sofort- mit Dauererfolg bei der Gruppe C (Gruppe der persönlich Nachuntersuchten)

Während bei den Psychopathen von 44 Patienten auch hier wieder mit neun Patienten etwa ein Fünftel nach vorheriger Besserung zurückfielen, war bei den 38 Neurotikern der Rückfall ebenfalls weniger zahlreich: Vier Patienten waren bei der Entlassung ungebessert; bei der Nachuntersuchung waren es acht.

Bei einem Vergleich von Dauer- und Soforterfolg fällt hier ebenfalls auf, dass bei Entlassung die wenig Gebesserten überwiegen, um bei der Nachuntersuchung dann abzunehmen zugunsten einer Zunahme der gut Gebesserten und einer - allerdings grösseren - Zunahme der Ungebesserten.

Die fast übereinstimmenden Ergebnisse der Nachuntersuchung bei Gruppe B und C berechtigen also zu einer zusammenfassenden Darstellung - obwohl beide Gruppen ja auf verschiedenem Weg nachkontrolliert wurden (Tabelle 10).

Unter 103 psychopathischen Patienten der Tabelle 10 befanden sich bei der Entlassung 32 Ungebesserte; bei der Nachuntersuchung 54; die "Verlustquote" beträgt also 22 Patienten = 21,3 %; bei den neurotisch Kranken,-zusammen 70 Patienten -, fielen neun nach anfänglicher Besserung zurück: Sechs wurden ungebessert entlassen; 15 waren bei der Nachuntersuchung ungebessert. Die "Verlustquote" beträgt hier nur 12,9 %.

		Psychopathen (103 Pat.)		Neurotiker (70 Pat.)	
		Soforterfolg	Dauererfolg	Soforterfolg	Dauererfolg
gut gebessert	männl.:	6	19	10	19
	weibl.:	5	9	16	16
	zus.:	11=10,6%	28=25,2%	26=39,1%	35=50%
wenig "	männl.:	44	13	23	6
	weibl.:	16	8	15	14
	zus.:	60=58,2%	21=20,3%	38=54,2%	20=28,5%
nicht "	männl.:	31	50	4	12
	weibl.:	1	4	2	3
	zus.:	32=31%	54=52,4%	6=8,5%	15=21,4%

Tabelle 10 Vergleich von Sofort- und Dauererfolg bei Gruppe B und C gemeinsam.

Die Anzahl der endgültig Ungebesserten ist also bei den Psychopathen fast doppelt so gross wie bei den Neurotikern. Bezüglich der Besserung besteht ein deutlicher Unterschied zwischen beiden Gruppen.

Tabelle 10 zeigt ebenfalls wie Tabellen 9 und 8, dass sich der hohe Anteil der wenig Gebesserten bei Entlassung im Laufe der Jahre verringert hat, um bei der Nachuntersuchung in eine Zunahme der gut Gebesserten und der nicht Gebesserten überzugehen.

Man könnte dazu neigen, diese doch beachtliche Umschichtung des Krankengutes innerhalb der Zeit der Entlassung und der der Nachuntersuchung als eine Folge der inzwischen abgeschlossenen Pubertät zu deuten.

Eine Nachuntersuchung von KLEINSORGE und KLUMBIES an 510 Psychotherapie-Patienten aller Altersstufen ergab, dass ein Viertel der Patienten nach anfänglichem Erfolg wieder als ungebessert zurückfiel. Bei unseren Patienten sind die Rückfälle geringer: Die Charaktervarianten zeigen mit 21,3% etwa ein Fünftel Rückfälle; die Neurotiker mit 12,9 % ungefähr ein Achtel. Auch der Zuwachs bei der Gruppe der endgültig gut Gebesserten mit 15 % bis 20 % ist bei unseren Nachuntersuchten grösser als bei den von KLEINSORGE und KLUMBIES Nachuntersuchten.

Diese relativ gute Weiterentwicklung nach Behandlung glauben wir u.a. durch das jugendliche Alter der Patienten erklären zu können. Für therapeutische Bemühungen ist das jugendliche Alter anscheinend das dankbarste. KLEINSORGE und KLUMBIES konnten bestätigen, dass bei ihren 510 nachuntersuchten Fällen mit zunehmendem Alter die guten Erfolge ständig abnahmen.

Neben der guten therapeutischen Ansprechbarkeit Jugendlicher scheint an zweiter Stelle die puberale Reifung die positive Weiterentwicklung zu begünstigen. Eine endgültige Beurteilung pubertierender Patienten ist erst nach Abschluss der Pubertät gerechtfertigt, wie dies der Vergleich von Sofort- und Dauererfolg unserer Patienten zeigt.

Deutlich wird diese Beziehung zwischen Pubertät und Behandlungserfolg, wenn man das Alter der Patienten bei ihrer Einweisung in Abhängigkeit von der Besserung untersucht.

Weiter oben wurde bereits eine deutliche Beziehung zwischen Alter und Diagnose erkannt. Zur Erinnerung sei kurz gesagt: W. ZELLER unterscheidet zwei puberale Phasen; die erste ist die Phase der körperlich-geistigen Dissoziation, die zweite die der körperlich-geistigen Ausreifung. Interessanterweise häufte sich bei unseren Patienten in der Zeit der ersten puberalen Phase die Diagnose der psychopathischen Verhaltensweisen, in der zweiten die neurotischer Symptome - ganz entsprechend dem Wesen dieser beiden Pubertätsphasen. Es wurde daraus geschlossen, dass das Auftreten von psychopathischen Verhaltensweisen in der ersten, das von neurotischen Symptomen in der zweiten Pubertätsphase nur Ausdruck einer Karrikatur einer der beiden Pubertätsphasen nach ZELLER zu sein braucht.

Falls diese Überlegungen stimmen, müssen jene Patienten die grösste Erfolgsquote zeigen, bei denen das Auftreten der krankhaften Störungen in die Zeit des dazu entsprechenden puberalen Reifungsgrades fällt; d.h. bei den Charaktervarianten müssten jene den besten Erfolg zeigen, deren Störungen zur Zeit ihrer ersten puberalen Phase nach ZELLER auftraten.

Bei den neurotisch gestörten Jugendlichen müssten jene die beste Weiterentwicklung aufweisen, deren Beschwerden vor allem in der zweiten puberalen Reifungsperiode auftraten. Denn die erste Phase begünstigt ja das Entstehen psychopathischer Reaktionen, welche dann eben altersspezifisch sein können und nicht Ausdruck einer schweren Störung zu sein brauchen. Die zweite Phase kann als eine Phase erhöhter Neuroseanfälligkeit neurotische Störungen von geringem Krankheitswert provozieren.

Umgekehrt muss dann unter jenen Jugendlichen die Zahl der Ungebesserten am grössten sein, bei denen die Störungen auftraten, als sie sich nicht in einer dazu entsprechenden Pubertätsphase befanden.

Diese Vermutung wird bestätigt, wenn man die Beziehung zwischen Alter der Patienten und Behandlungserfolg betrachtet. Abb.6 zeigt einen Vergleich zwischen gut und nicht Gebesserten. Das Maximum der Gebesserten wird von jenen Jugendlichen gebildet, deren Erkrankungsalter in den Zeitraum der "physiologischen Abartigkeit" fällt: Bei unseren Psychopathen ist dies das Alter von 14 - 17, bei unseren Neurotikern von 17 - 20 Jahre. Andererseits rekrutiert sich Zahl der Ungebesserten hauptsächlich aus jenen Patienten, bei denen der Beginn der Störungen ausserhalb der entsprechenden Reifungsperiode liegt.

So war bei jenen neurotisch Erkrankten der Erfolg am geringsten, bei denen schon die Symptome in der Vorpubertät auftraten: Von den nachuntersuchten Neurotikern waren 15 ungebessert; davon traten bei sieben die Störungen zum ersten Mal in der Vorpubertät auf, bei fünf in der ersten Pubertätsphase, und bei drei in der zweiten. Den geringsten Misserfolg zeigen damit jene Patienten, welche in der zweiten puberalen Phase auffällig wurden. Das Gegenteil gilt für die gut Gebesserten: Von 35 gut Gebesserten zeigten 28 den Beginn der Symptome zwischen dem 17. - 21.

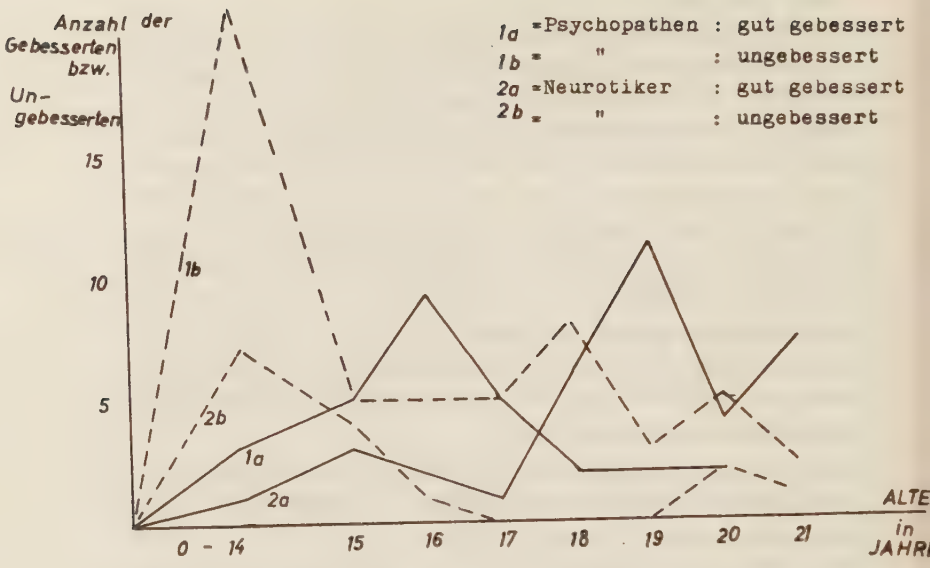

Abb.6: Verhältnis von Gebesserten zu Ungebesserten bei den Psychopathen (1 a bzw. 1 b) und den Neurotikern (2 a bzw. 2 b).

Jahr, mit einem Gipfel um das 18. und 19. Jahr, sechs in der ersten Pubertätsperiode und nur einer vorpuberal.

Bei den Charaktervarianten liegt das Erfolgsmaximum in der ersten Pubertätsphase: Von den 28 gut Gebesserten wurden 19 im Alter zwischen 15 - 17 auffällig, sechs in der zweiten Pubertätsphase und drei vorpuberal, während von den 54 Ungebesserten 21 schon vor Pubertätsbeginn krankhafte Störungen zeigten, 15 im Alter zwischen 15 - 17, 18 zwischen 17 - 21 Jahren.

Das Verhältnis von Gebesserten zu Ungebesserten ist also ein ungekehrtes: Ein Anstieg der Ungebesserten zeigt in derselben Altersklasse einen meist nur flachen Anstieg oder gar einen Abstieg der gut Gebesserten - und ein Anstieg letzterer zeigt einen Abfall der ersteren (Abb. 6, 7 und 8

Noch übersichtlicher kann man diese Zusammenhänge darstellen, wenn man - wie in Abb.7/8 - die Patienten dem Erkrankungsalter nach nur in die drei Gruppen Vorpubertät, erste und zweite Pubertätsphase gliedert:

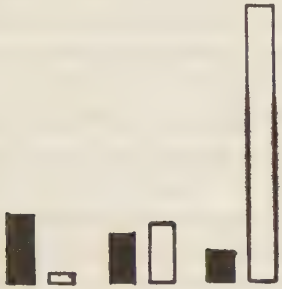

Abb. 7
Verhältnis der Gebesserten(□) zu den Ungebesserten(■) unter den Neurotikern, geordnet nach dem Erkrankungsalter

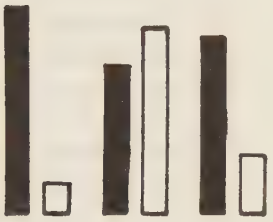

Abb. 8
Verhältnis der Gebesserten(□) zu den Ungebesserten(■) unter den Psychopathen, geordnet nach dem Erkrankungsalter

Man sieht, dass die Hauptzahl der gebesserten Neurotiker erst in der zweiten puberalen Phase erkrankte, die der Charaktervarianten bereits in der ersten. Gleichzeitig liegt bei den Neurotikern das Minimum der Ungebesserten in der zweiten Pubertätsphase, bei den Charaktervarianten in der ersten. Mit anderen Worten: Die besten Erfolge und die geringsten Misserfolge und damit die günstigste Prognose scheint eine jugendliche Neurose dann zu haben, wenn sie zur Zeit der zweiten puberalen Entwicklungsstufe manifest wird. Dagegen ist bei Charaktervarianten die Prognose dann am günstigsten, wenn sie zur Zeit der ersten puberalen Phase diagnostiziert wird.

Ein Vergleich von Abb.7 mit Abb.8 zeigt noch ein Weiteres. Beide Abbildungen haben gemeinsam, dass die Zahl der gut Gebesserten bei den vorpuberal Erkrankten am geringsten ist, die der Ungebesserten aber am grössten. Die Prognose für psychopathisch und neurotisch gestörte Jugendliche in der Vorpubertät ist also nach unseren Ergebnissen eindeutig am schlechtesten.

Zum Schluss sei noch eine Betrachtung über jene Jugendliche erlaubt, welche als gemeinsames Symptom wiederholtes Fortlaufen zeigten, gleichgültig, ob dieses Symptom Ausdruck einer psychopathischen oder neurotischen Verhaltensstörung war. Die gewisse Sonderstellung dieser Gruppe fällt schon dadurch auf, dass die meisten Patienten dieser Art bereits in der Vorpubertät einmal weggelaufen waren. Die Mehrzahl unserer schon vorpuberal auffällig gewordenen Patienten - sowohl bei Neurotikern als auch bei Psychopathen - wird von den Wegläufern gebildet. Von den insgesamt 157 jugendlichen Charaktervarianten zeigten 24 das Symptom des Weglaufens; das sind 15,2%. Von unseren Neurotikern sind es 7,2 %. Fast die Hälfte der Patienten lief bereits einmal vor Pubertätsbeginn weg. Bei einem Teil davon trat dann während der Pubertät eine Verschlechterung auf. Die andere Hälfte wurde erst während der Pubertät zum Fortläufer, etwa 30 % in der ersten, 20% in der zweiten Phase. Eine ähnliche Verteilung fand J.E. MEYER bei einer Untersuchung an 33 jugendlichen Fortläufern; allerdings ist bei unseren Probanden dieZahl der vorpuberal auffällig gewordenen grösser.

Von den insgesamt 24 psychopathischen Fortläufern schienen uns bei der Nachuntersuchung fünf gebessert zu sein, 19 ungebessert. Von ungebessert sprachen wir dann, wenn die berufliche Weiterentwicklung unstabil und abfallend war, die Probanden asoziales Verhalten zeigten oder straffällig geworden waren.

Unter den 19 Ungebesserten waren katamnestisch vier Schizophrene, zwei Homosexuelle, sieben Patienten verdächtig auf Hirnschaden, und eine Patientin wurde wegen Epilepsie behandelt.

Die sieben Fortläufer unter den Neurotikern zeigten drei Gebesserte, vier Ungebesserte. Von den letzteren beging eine Patientin Selbstmord, ein Patient wies ein stark verändertes EEG auf. Psychotisch war kein Proband.

In Übereinstimmung mit J.E. MEYER möchten wir annehmen, dass das Symptom des Fortlaufens eine besonders ungünstige Prognose hat. Von unseren 31 Fortläufern waren nur acht als gut gebessert zu beurteilen. Dreiviertel der Patienten waren ungebessert.

Es ist mir eine Freude, an dieser Stelle dem Betreuer meiner Arbeit, Herrn Professor Dr. med. D. LANGEN, meinen herzlichen Dank für seine stets hilfsbereite Anleitung und Beratung auszusprechen.

Zusammenfassung.

Nachuntersucht wurden 253 Patienten, welche während ihrer Pubertät in klinischer Behandlung der Universitäts-Nervenklinik in Tübingen waren. Die Auswahl erfolgte an dem Krankengut, welches sich in den Jahren von 1948 bis 1960 angesammelt hatte, und sie geschah so, dass neben pubertierenden Patienten nur solche bearbeitet wurden, welche bei der ersten Behandlung entweder als Psychopathen oder Neurotiker diagnostiziert worden waren. Die wichtigsten Punkte der Ergebnisse dieser Untersuchungen sollen nun erwähnt werden.

1. Über die Hälfte der weiblichen Psychopathien und über ein Drittel der männlichen stammten aus ausgesprochen ungünstigen Familienverhältnissen. Bei den 96 Neurotikern traf dies nur für zwei weibliche und sieben männliche Probanden zu.

2) Etwa 60 % der psychopathischen Jugendlichen zeigten deutliche oder weniger deutliche cerebral-pathologische Befunde! Der entsprechende Wert betrug bei den Neurotikern 40 %, wobei die geringfügigeren Organbefunde überwogen. Gleichzeitig waren über 40 % der Neurotiker körperlich dysharmonisch gereift. Dabei wurde auf die schon von F. und W. KRETSCHMER untersuchte Beziehung zwischen körperlicher Reifungsdysharmonie und Neuroseanfälligkeit hingewiesen. Auch die grosse Bedeutung perinataler Hirnschäden für die Förderung und Beeinflussung psychopathischer und neurotischer Anlagen schien uns hiermit bewiesen zu sein.

3) Ein Vergleich von Sofort- und Dauererfolg zeigte, dass in der Zeit nach der Klinikbehandlung oft noch eine beachtliche Veränderung im Befinden der Patienten erfolgt war. Bei der Entlassung überwogen bei Psychopathen und Neurotikern mit 58 % bzw. 54 % die mässig Gebesserten, um bei der Nachuntersuchung auf 20 % bzw. 28 % abzusinken - zugunsten einer Zunahme unter den gut Gebesserten und einer allerdings stärkeren unter den Ungebesserten, (vgl. Tabelle 10).

Die Rückfallquote, d.h. die Zunahme unter den Ungebesserten, betrug bei den Psychopathen 21,3 %, bei den Neurotikern 12,9 % und zeigt hiermit einen deutlichen Unterschied zwischen beiden Gruppen.

Diese deutliche Veränderung im Befinden der Patienten innerhalb der Zeit der Entlassung und der der Nachuntersuchung glauben wir durch das jugendliche Alter der Patienten und das Abklingen der Pubertät erklären zu können. Eine endgültige Beurteilung jugendlicher Psychopathen und Neurotiker ist erst nach Beendigung der Pubertät möglich.

4) Zwischen Pubertätsalter und der Manifestation psychopathischen bzw. neurotischen Verhaltens fanden wir folgende Beziehung:

Die Mehrzahl der jugendlichen Psychopathen erkrankte in der ersten puberalen Phase nach ZELLER, die der Neurotiker in der zweiten. Ausgehend von dieser Tatsache nahmen wir an, dass in der ersten Pubertätsphase nach ZELLER psychopathisches Verhalten noch altersspezifisch sein kann, in der zweiten neurotisches - ganz entsprechend dem Wesen dieser beiden Phasen.

Einen Beweis für diese Annahme einer "zweiphasigen, physiologischen Abartigkeit" während der Pubertät glauben wir auch darin zu sehen, dass das Maximum der Gebesserten und das Minimum der Ungebesserten sich jeweils aus jenen Altersgruppen rekrutierte, welche sich gerade in einer der entsprechenden puberalen Reifungsphasen befanden; d.h. bei den Psychopathen in der ersten, bei den Neurotikern in der zweiten, (siehe Abbildung 7 und 8).

A n h a n g: Wiedergabe des von uns benützten Fragebogens

NAME VORNAME:
GEBURTSTAG:

1. Wie ist oder war der Beruf des Vaters?

2. Wie verlief Ihre weitere berufliche Entwicklung von der Klinikentlassung bis jetzt?

3. Welchen Beruf üben Sie jetzt aus?

4. Was haben Sie für berufliche Ziele?

5. Wieviel Arbeitsplätze hatten Sie seit der Klinikentlassung?

6. Wie ist Ihre wirtschaftliche Lage? Reicht Ihr Monatseinkommen aus? Was sind Ihre Hauptausgaben neben Kost und Wohnung? (z.B. Bausparvertrag, Kino, sonstige Vergnügungen, Reisen, Berufsausbildung, Familie). Haben Sie Schulden und weshalb?

7. Wie ist Ihre Einstellung zu den Mitmenschen? Haben Sie Freunde oder Freundinnen, bzw. einen Freund oder eine Freundin oder sind Sie allein?

8. Sind Sie Mitglied eines Vereines (Sport-, Gesang-, Wanderverein etc.)

9. Fühlen Sie sich vom Elternhaus abgelöst oder fühlen Sie sich an die Eltern gebungen? Wieviel geben Sie vom Monatseinkommen an die Eltern ab? Wohnen Sie bei den Eltern und warum? Wie ist Ihr Verhältnis zu den Eltern?

10. Wie geht es Ihnen jetzt?

11. Fühlen Sie sich gesund oder haben Sie körperliche Beschwerden?

12. Was hatten Sie in den Jahren nach der Entlassung für Beschwerden?

13. Was für Beschwerden hatten Sie zur Zeit der Behandlung?

14. Was hat Ihnen in der Klinik bei der Behandlung geholfen? Was war am besten? (z.B. Aussprache mit dem Arzt, Atmosphäre auf der Station, Gruppendiskussion, Medikamentöse Behandlung wie Schlaf- oder Insulin-Kur, Autogenes Training, Ruheübungen etc.)

15. Wurden Sie noch von anderen Ärzten wegen derselben Schwierigkeiten, die Sie zu uns führten, behandelt? Wo und wie lang?

16. Sind Sie verheiratet? Verlobt? Haben Sie Kinder? Haben Sie die Absicht, eine Familie zu gründen?

17. Sind Sie inzwischen einmal straffällig geworden (z.B. wegen Trunkenheit am Steuer, Körperverletzung, Unterschlagung u.ä.)

Wir würden uns freuen, wenn Sie noch zusätzlich Angaben zu machen haben. Für diesen Fall steht Ihnen das restliche Blatt ganz zur Verfügung. Denken Sie bitte daran: Wir belästigen Sie nicht mit unseren Fragen aus persönlicher Neugier, sondern einzig und allein deswegen, weil wir bemüht sind, unsere Arbeitsmöglichkeiten zu verbessern und zu kontrollieren, um damit gründlicher helfen zu können, und um junge Menschen noch besser verstehen zu können.

S C H R I F T T U M

BINDER, H. — Die psychopathischen Dauerzustände und die abnormen seelischen Reaktionen und Entwicklungen. In: Psychiatrie der Gegenwart, Springer, Heidelberg-Göttingen, Band II, S.180-202, 1960.

EISENSTADT, S.N. — Archetypal Patterns of Youth, Daedalus, 91, S. 35-36, 1962.

ENKE, W. — Struktur und Funktion der Jugendpsychiatrischen Klinik. Materia Medica Nordmark XV/10, S.393-402, 1963.

FRANKL, V.E. — Die Psychotherapie in der Praxis. Wien, Deutike 1961.

GEHLEN, A. — Sozialpsychologische Probleme in der Industriellen Gesellschaft. Mohr, Tübingen, 1949.

" — Die Seele im technischen Zeitalter. Rowohlt, Reinbeck-Hamburg, 1955.

GÖPPERT, H. — Sexualkrisen bei Jugendlichen. Zeitschr.f.Psychotherapie und medizinische Psychologie XII/3, S.30-41, 1962.

v.HARNACK, G.A. — Schulversagen als ärztliches Problem. Zeitschr.f.Psychotherapie und medizinische Psychologie XII/3, S.21-29, 1962.

HEINTZ, P. — Einführung in die soziologische Theorie. F.Enke, Stuttgart, 1962.

HOFF, H. — Lehrbuch der Psychiatrie. Schwabe, Basel.1956.

" — Die internationalen Probleme der psychischen Hygiene. Materia Medica Nordmark XIII/12, S.461-470, 1961.

KLEINSORGE-KLUMBIES: — Psychotherapie in Klinik und Praxis. Urban-Schwarzenberg, München, 1959.

KOCHMANN, R. — Über die Diagnose und Prognose, besonders der Psychopathie, in der Kinderpsychiatrie. Acta Paedopsychiatrica, Basel I, S.11-20, 1963.

KRETSCHMER, E. — Psychotherapeutische Studien. Georg Thieme, Stuttgart, 1949.

" — Körperbau und Charakter, 23/24. Aufl., Springer, Göttingen, 1961.

" — Medizinische Psychologie. 11. Aufl., Georg Thieme, Stuttgart, 1963.

KRETSCHMER, W. — Die Neurose als Reifungsproblem. Georg Thieme, Stuttgart, 1952.

LANGEN, D. — Methodische Probleme der Klinischen Psychotherapie. Gerog Thieme, Stuttgart. 1956.

" — Klinische Psychotherapie einzelner Krankheitsbilder. Zeitschr.f.Psychotherapie und Medizinische Psychologie XI, S. 216-222, 1961.

LEMPP, R. — Kindliche Psychopathie oder Neurose. Zeitschr.f.Psychotherapie und Medizinische Psychologie XII, S.126-132, 1962.

" — Frühkindliche Hirnschädigung und Neurose. H. Huber, Bern, 1964.

LEUNER, H. — Bedeutung des epochalen Entwicklungswandels für die Disposition zu Neurose und psychosomatischen Erkrankungen im Jugendalter. Zeitschr.f.Psychotherapie und Medizinische Psychologie XII, S. 11-20, 1962.

McKAY, H.D. — Socialinfluence on Adolescent Behavior. The Journal of the American Medical Association, 182, S. 643-649, 1962.

MEYER, J.E. — Reifungskrisen in der Adoleszens, ihre Entstehung und Prognose. Arch.f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 203, Heft 3, 1962.

" — Katamnestische Untersuchungen an jugendlichen Fortläufern. Zeitschr.f. Psychotherapie und Medizinische Psychologie XII,2, 1962.

MUCHOW, H. — Jugend und Zeitgeist. Rowohlt, Hamburg, 1960

" — Sexualreife und Sozialstruktur der Jugend. Rowohlt, Hamburg, 1962.

RETT, A. — Das Gehirngeschädigte Kind. In: Almanach für Neurologie und Psychiatrie, Lehmann, München, S.69-83, 1961.

RIESMAN, D. — Die einsame Masse. Rowohlt, Hamburg, 1963.

ROSENTHAL, M.J.; NI, F. — Father-Child Relationships and Children's Problems. Archives of General Psychiatry 7, S.360-373, 1962.

SPRANGER, E. — Psychologie des Jugendalters. J.A. Barth, Leipzig, 1925.

TARJAN, G. — Research and Clinical Advances in Mental Retardation. The Journal of the American Medical Association, 182, S.617-621, 1962.

THOMAS, K. — Handbuch der Selbstmordverhütung. Enke, Stuttgart, 1964.

VILLINGER, W. und MUNKWITZ, W. — Ausgewählte Kapitel aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Medizinisches Prisma 4, 1962.

WIESENHÜTTER, E. — Die Neurosen. Almanach für Neurologie und Psychiatrie, Lehmann, München, S. 207-222, 1961.

WILFERT, O. Jugendkriminalität. Therapeutische Berichte 32, s.153-160, 1960.

WINKLER, W.Th. Beziehung zwischen frühkindlicher Hirnschädigung und Neurosen im Kindes- und Jugendalter. Zeitschr.f. Psychotherapie und Medizinische Psychologie XII,1, 1962.

ZELLER, W. Konstitution und Entwicklung. Verlag für Psychologie, Göttingen, 1962.

L e b e n s l a u f

Am 21.7.1938 wurde ich als Sohn des praktischen Arztes Dr. Fritz K o h l e und seiner Ehefrau Dorothea, geb. F u m a n n , in Ehningen bei Böblingen geboren.

1958 bestand ich am Kolleg der Schulbrüder in Illertissen das Abitur.

Anschliessend begann ich das Medizinstudium in Tübingen, wo ich im Herbst 1959 das Vorphysikum und im Frühjahr 1961 das Physikum ablegte.

Nach je einem Semester in Graz und Wien kehrte ich nach Tübingen zurück und beendete mein Studium mit dem medizinischen Staatsexamen im Frühjahr 1964.

Zur Zeit arbeite ich als Medizinalassistent auf der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Herrenberg.

L e b e n s l a u f

Am 21.7.1938 wurde ich als Sohn des praktischen Arztes Dr. Fritz K o h l e und seiner Ehefrau Dorothea, geb. F u m a n n , in Ehningen bei Böblingen geboren.

1958 bestand ich am Kolleg der Schulbrüder in Illertissen das Abitur.

Anschliessend begann ich das Medizinstudium in Tübingen, wo ich im Herbst 1959 das Vorphysikum und im Frühjahr 1961 das Physikum ablegte.

Nach je einem Semester in Graz und Wien kehrte ich nach Tübingen zurück und beendete mein Studium mit dem medizinischen Staatsexamen im Frühjahr 1964.

Zur Zeit arbeite ich als Medizinalassistent auf der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Herrenberg.